



Megye kód: □□

Szolgáltató NEAK kódja: □□□□

Szolgáltató neve:

VI/1. számú függelék

**AZ ISKOLA- ÉS IFJÚSÁG-EGÉSZSÉGÜGYI ORVOSI ELLÁTÁS
ÜRES ÁLLÁSHELYÉNEK, ILLETVE FIZETÉS NÉLKÜLI SZABADSÁGGAL
1 HÓNAPOT MEGHALADÓ TÁVOLLÉTÉNEK
BEJELENTÉSE**

1.) A szolgálat FIN kódja :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A szolgálat megüresedésének dátuma:évhó.....nap

2.) A helyettesítő orvos adatai:

Neve: Orvosi bélyegző száma:

Orvosi diploma száma, kelte:.....

Szakvizsga megnevezése:.....

Szakvizsga száma:..... kelte:.....

Heti munkaidő: óra

Heti rendelési idő: óra

Helyettesítés kezdetének időpontja: 20... évhónaptól

Befejezésének várható időpontja: 20... évhónapig

.....

Szolgáltató

(cégszerű vagy csatolt meghatalmazás szerinti)



Megye kód: □□

Szolgáltató NEAK kódja: □□□□

Szolgáltató neve:

VI/2. számú függelék

Intézményenként töltendő ki!

NEVELÉSI-OKTATÁSI INTÉZMÉNY IGAZOLÁSA

a nevelési-oktatási intézményben elhelyezettek, illetve tanulók létszámáról.

Benyújtandó: minden év október 31-ig, a szeptember 30-i állapot szerint.

20..../20.... oktatási év

Szolgálat kódja	OM azonosító	Nevelési-oktatási intézmények hivatalos megnevezése	Nevelési-oktatási intézmény székhelye/telephelye	Nevelési-oktatási intézménybe járó gyermekek létszáma*	Gyógypedagógiai oktatási intézményben ellátott gyermekek létszáma	Óvodába járó gyermekek létszáma	Fenntartó a települési önkormányzat Igen/Nem
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.

*Egysített intézményeknél az óvodás létszám nem itt, hanem a 7. oszlopban kell, hogy szerepeljen!

8. oszlopnál a fenntartó megnevezése:

Alulírott, a fenti nevelési-oktatási intézmény **igazgatója igazolom** az irányításom alatt álló nevelési-oktatási intézmények létszámát, s egyben tudomásul veszem, hogy ezen létszámigazolás alapul szolgál az iskola- ifjúság-egészségügyi szolgálatok orvosi, iskolavédőnői, valamint a területi védőnői szolgálatok finanszírozásának normatíva szerinti megállapításához.

Kelt:, 20....év.....hó....nap

.....
Oktatási intézmény igazgatójának aláírása,
PH.

Alulírott **Szolgáltató** az iskola- és ifjúság-egészségügyi feladatokat ellátó szolgálatok adatairól az alábbiakban nyilatkozom:

Feladatot ellátó orvos, ill. védőnő neve	Szolgálatok kódja:	Ellátottak létszáma*
	Isk.orvosi:	
	Iskolavédőnői:	
	Területi védőnői:	

*Abban az esetben töltendő ki, ha az oktatási intézményt több szolgáltató orvos, ill. védőnő látja el.

Kelt:20....év.....hó....nap.

.....
Szolgáltató
(cégszerű vagy csatolt meghatalmazás szerinti)